RECHERCHES

N° 118.

SUR

L'INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE,

ET SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE CET ORGANE ;

THÈSE

Presentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^. juillet 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR JULIEN-THÉOPHILE MONDIÈRE, de Laval,

Département de la Mayenne.

Bachelier ès-lettres ; Élève de l'École pratique.

Ars medica tota in observationibus.

FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	GAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Examinateur.* / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires,

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MES PÈRE ET MÈRE.

Souvenir éternel!

A MA SŒUR.

A MES FRÈRES.

Silentium facundiùs verbis.

J.-T. MONDIÈRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois, *Examinateur.*	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MES PÈRE ET MÈRE.

Souvenir éternel !

A MA SŒUR.

A MES FRÈRES.

Silentium facundiùs verbis.

J.-T. MONDIÈRE.

DE MES PÈRE ET MÈRE

A MA SŒUR.

RECHERCHES

SUR

L'INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE,

ET SUR QUELQUES POINTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DE CET ORGANE.

MEDICINA *non ingenii humani partus est, sed temporis filia.* Ce peu de mots renferme les fondemens de toute la philosophie médicale. La vérité est dans les faits, l'esprit la *déduit* et ne la *crée* pas; l'observation *produit* la science, sans autre artifice de la part du médecin, que celui de rapprocher les cas qui se rapportent à un même objet et de tirer de leur comparaison les résultats qui s'en déduisent, comme conséquence des analogies qu'ils présentent. C'est là la base de la méthode expérimentale, que tout le monde proclame comme la seule logique des sciences d'observation, mais à laquelle il s'en faut bien qu'on soit toujours fidèle. Il résulte des principes mêmes qui la constitue la nécessité de recueillir, sur un sujet qu'on veut étudier, le plus grand nombre possible de faits authentiques et bien détaillés; et c'est là que commence à se faire sentir le mortel inconvénient de l'habitude qui s'est établie dans notre siècle et surtout dans

notre patrie, de ne tenir compte que de ce qu'on a vu soi-même, ou de ce qui a été observé récemment, et se trouve consigné dans les livres les plus modernes. Avec une pareille méthode, on peut être sûr de voir la science, perdant d'un côté par l'oubli du passé autant qu'elle peut acquérir par les travaux du jour, tourner éternellement dans un même cercle, et présenter encore des lacunes après les généreux efforts des plus laborieux observateurs. Les inconvéniens de cette méthode sont surtout sensibles dans l'étude des maladies peu fréquentes; et pour ne pas aller chercher un exemple ailleurs, nous citerons les affections de l'œsophage. A peine les auteurs modernes leur ont-ils accordé une place dans leurs écrits; cependant nous pouvons assurer que les annales de l'art renferment un assez grand nombre de faits bien observés, pour qu'on eût pu déjà traiter dans son ensemble la pathologie de l'œsophage.

Nous présentons dans cet essai quelques résultats de nos recherches; notre but sera atteint si nous pouvons appeler l'attention des médecins sur ce point, encore obscur, de la science.

L'œsophagite, ou l'inflammation de l'œsophage, maladie décrite par la plupart des auteurs sous le nom de *dysphagie*, d'*angine*, d'*angine œsophagienne*, est une affection assez rare, et qui est presque toujours due à l'extension d'un état analogue des divers organes, qui sont unis par continuité ou par contiguité de tissu au conduit œsophagien.

En effet, on n'a guère observé cette phlegmasie isolément qu'à la suite de la déglutition de liquides chauds et irritans, et alors elle est générale, ou quand un corps étranger s'est arrêté dans l'œsophage; dans ce cas elle est bornée, et ses suites les plus fréquentes sont des abcès ou des perforations.

Ici, comme dans les organes creux tapissés d'une membrane muqueuse, l'inflammation peut revêtir une marche aiguë ou chronique; elle peut se borner à la muqueuse ou envahir toutes les tuniques de l'œsophage; elle peut n'occuper que les follicules mucipares, la membrane interne restant tantôt intacte et tantôt offrant une légère injection en forme d'auréole autour du follicule enflammé; enfin, revê-

tant un caractère spécial, elle donne quelquefois lieu à la sécrétion d'une lymphe susceptible de se coaguler. Ici encore nous la verrons se terminer par résolution, par suppuration, ulcération et gangrène, ou bien passer à l'état chronique, et donner naissance alors aux altérations les plus variées.

Essayons de tracer l'histoire physiologique et anatomique de ces diverses espèces d'œsophagite.

CHAPITRE PREMIER.

Inflammation érythémateuse.

L'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de l'œsophage, plus commune chez les enfans, en raison de l'état de congestion dans lequel se trouve la partie supérieure du tube digestif à cet âge, se rencontre aussi chez les adultes, et peut même affecter le fœtus pendant tout le cours de la vie intra-utérine, comme l'ont démontré les recherches de M. *Billard.* (Malad. des nouveaux-nés.)

Causes prédisposantes. Le jeune âge, l'adolescence, l'abus des spiritueux et du mercure (Hildenbrand, *Inst. med. pract.*), la suppression des menstrues (*Goesche*, de Ang. infl.), etc., etc.

Causes efficientes. Les plus ordinaires sont, la déglutition de substances âcres et corrosives, des acides concentrés, d'une eau bouillante ou très-froide quand le corps est couvert de sueurs; le passage de corps étrangers, soit qu'ils agissent en raison de leur volume ou bien en raison de leur forme. Souvent elle est spontanée, sans qu'on puisse reconnaître aucune cause spéciale; on l'observe fréquemment dans la rage, quelquefois dans le tétanos; d'autres fois l'inflammation s'étend de l'estomac à l'œsophage. M. *Denis* l'a souvent rencontrée chez des enfans atteints de gastro-entérite (Malad. des nouveaux-nés);

plus souvent encore, une phlegmasie de la partie inférieure du pharynx se propage plus ou moins bas dans le conduit œsophagien. Dans une épidémie d'angine, dont il est parlé dans les annales de Montpellier (vol. 4, p. 87), on observa cette complication chez un assez grand nombre de malades. J'ai moi-même éprouvé cet accident : donnant des soins à ma mère, dans une maladie longue et cruelle à laquelle elle succomba, je fus atteint d'une pharyngite intense, que je combattis par deux applications de sangsues, les cataplasmes émolliens, les bains de pied, etc. ; j'éprouvai une toux gutturale avec expuition difficile et douloureuse d'un mucus épais et visqueux; la douleur, fixée pendant quelques jours vers la partie supérieure du cou, à la hauteur du larynx, se fit de jour en jour sentir plus bas, parcourut ainsi toute l'étendue de l'œsophage, se fixa quelque temps dans un point correspondant à la partie inférieure du sternum, et disparut enfin vers le dixième jour. Je restai quatre jours sans pouvoir avaler ni solides ni liquides; je trompais ma soif en tenant de l'eau fraîche dans la bouche ou en suçant de l'orange; et lorsque, vaincu par le besoin, j'essayais d'avaler une simple cuillerée de liquide, j'éprouvais dans le point de l'œsophage actuellement enflammé une sensation de brûlure et de déchirement dont il est difficile de se faire une idée. Vers la fin du cinquième jour, je ne ressentis plus qu'une douleur supportable, mais long-temps je fus obligé de prendre mes alimens presque froids.

Diagnostic. Je vais indiquer les symptômes de l'œsophagite, et d'après l'observation recueillie sur moi-même, et d'après les faits que j'ai rencontré dans les auteurs. Le premier signe est une douleur accompagnée de chaleur dans un des points du trajet parcouru par l'œsophage; cette douleur, d'abord légère, devient bientôt plus vive, augmente lorsque le malade exécute des mouvemens de déglutition, et est insupportable lorsque le bol alimentaire vient à franchir la partie enflammée. Quelquefois elle ne se fait sentir que dans ce moment, et elle peut être assez vive pour que le malade évite de boire, quoique

tourmenté par la soif. Le plus ordinairement fixe, elle peut parcourir successivement toute la longueur de l'œsophage ; tantôt les malades la rapportent au larynx, à l'épigastre, et tantôt entre les deux épaules. Dans un cas observé par M. *Roche*, la pression exercée immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde, étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. Dans quelques cas, on a observé une tuméfaction des parties latérales du cou. Le plus ordinairement il n'y a ni chaleur de la peau, ni fréquence du pouls; de la soif existe assez souvent; tantôt il y a absence de sécrétion, tantôt il y a surabondance de fluides sécrétés, que les malades rejettent par un mouvement de régurgitation ; enfin le spasme de l'œsophage annonce souvent sa phlegmasie.

Quelquefois l'inflammation détermine un gonflement considérable dans un point quelconque de l'œsophage ; alors les alimens, qui passaient d'abord avec difficulté, ne peuvent plus franchir le siége du mal, et sont rejetés après un court séjour dans l'œsophage. Si l'obstacle se rapproche de l'orifice cardiaque, et pour peu que l'inflammation soit bornée, la déglutition se fait bien ; mais, parvenues à l'endroit enflammé, les substances solides se trouvent arrêtées, déterminent une vive douleur, qui correspond souvent à l'intervalle des omoplates, et s'accompagne du vomissement des alimens et d'abondantes mucosités visqueuses.

Enfin, réfléchissant sur ces flux abondans fournis par les membranes muqueuses, et sur lesquels M. *Andral* a rappelé l'attention des praticiens, je me suis demandé si on ne devrait pas regarder comme un signe d'œsophagite ces flux d'un liquide limpide, visqueux, connu sous le nom de *pituite*, que certaines personnes rejettent le matin, plutôt par un mouvement de régurgitation que par un acte de vomissement. *Dehaen*, dans sa Dissertation sur les causes de la dysphagie, a déjà accordé quelque importance à ce symptôme. (*De deglut. imped. ratio med.*, vol. 6.)

Si chez l'adulte il est souvent très-difficile de reconnaître l'inflammation de l'œsophage, on n'y parvient presque jamais chez les enfans très-jeunes. Les seuls symptômes que nous puissions indiquer, d'après la lecture attentive du petit nombre d'observations d'œsophagites recueillies sur des enfans, sont les suivans : un état de souffrance, qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun organe important; l'enfant refuse de boire, ou boit peu, et crie aussitôt après; des vomissemens glaireux continuels, que l'autopsie a démontré ne pouvoir être, dans beaucoup de cas, rapportés à un état pathologique quelconque de l'estomac; des régurgitations fréquentes. Le petit malade rend souvent par la bouche, sans aucun effort, des matières visqueuses et diversement colorées. Un autre signe, donné par M. *Billard*, est le vomissement du lait qu'on fait boire à l'enfant, sans que la digestion ait eu le temps d'altérer ce liquide. Chez eux aucun signe extérieur ne peut nous indiquer l'existence de l'œsophagite; la douleur qui, chez l'adulte, nous éclaire souvent, n'est ici d'aucun avantage; il convient cependant de comprimer le cou, dans la direction de l'œsophage, pour voir si on ne provoquerait pas les cris du petit malade.

Prognostic. L'œsophagite simple est une maladie peu grave; le prognostic n'est guère fâcheux que quand elle est suraiguë, et qu'elle tend à se terminer par gangrène. On prévoit, au reste, qu'il doit varier selon les complications.

Terminaisons. Cette inflammation peut se terminer par résolution, suppuration, ulcération et gangrène; mais, trop souvent méconnue dans sa période d'acuité, elle passe à l'état chronique, et produit alors l'induration, le squirrhe, le cancer et d'autres altérations de tissu.

La terminaison par résolution est la plus favorable, et heureusement aussi la plus fréquente.

Lorsque l'inflammation est intense, et surtout bornée, il peut se

former des abcès dans le tissu cellulaire qui unit la membrane muqueuse à la musculeuse. Cette terminaison doit être rare sans doute, mais peut-être aussi ne le paraît-elle autant que parce que, lorsque l'abcès vient à s'ouvrir, le pus est avalé ou rejeté par le malade sans qu'il s'en aperçoive.

Nous croyons devoir rapporter le fait suivant : Un homme, âgé de quarante ans, voyageant pendant les fortes chaleurs de l'été, et pressé par la soif, boit précipitamment de l'eau puisée à une source très-fraîche : dès le soir, difficul é d'avaler accompagnée de douleur; les alimens s'arrêtent à la hauteur de la seconde pièce du sternum, et sont bientôt rejetés. Pendant six jours le malade ne réclame point les secours de la médecine; mais alors, toujours tourmenté par sa dysphagie, il appelle M. *Bourguet*, qui trouve le malade sans fièvre, sans gonflement à la gorge, mais rejetant toujours les alimens peu de temps après leur déglutition. Ce médecin ayant, sans aucun succès, employé les saignées, les sangsues, les émolliens, etc., se décida à explorer l'œsophage avec une bougie en cire, façonnée en olive à son extrémité. L'instrument ne put pénétrer au-delà de l'endroit où le malade éprouvait de la douleur, et où il sentait les alimens s'arrêter. L'opérateur employa un peu de force, vainquit la résistance, et pénétra dans l'estomac. Il retira facilement la bougie, et avec elle une cuillerée à café de matière suppurée. Dès-lors le malade avala avec assez de facilité, et fut bientôt guéri. (Gazette de santé, 1823, pag. 221.)

L'œsophage peut être le siége de deux espèces d'ulcérations; l'une, qui est le résultat d'une altération particulière des follicules muqueux, et dont nous parlerons plus tard; et l'autre, qui succède à un travail franchement inflammatoire.

Ces dernières peuvent se développer à tous les âges, et même chez les enfans encore contenus dans le sein de la mère. M. *Billard* (*op. cit.*) a rencontré, chez un enfant mort trente-six heures après sa naissance, deux ulcérations à la partie supérieure de l'œsophage; elles étaient longues de trois à quatre lignes. Le même médecin en a observé une près le cardia, chez un enfant de six jours, qui eut des

régurgitations fréquentes, des vomissemens glaireux, puis de matières vertes très-liquides.

Cette terminaison de l'œsophagite n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser; elle a été vue par *Cardan*, *Gordon*, *Ambroise Paré*, *Riolan*, *Sennert*, et quelques autres médecins modernes. *Joseph-Baptiste Palleta* en a observé un cas bien intéressant, que nous traduisons ici. Une jeune fille de la campagne, âgée de vingt et quelques années, bien réglée, fut prise, dans l'année 1793, d'une vive douleur au gosier, accompagnée de difficulté de respirer et surtout d'avaler. On sentait de la tuméfaction sur les parties latérales du larynx. La malade expectora des matières arrondies et purulentes; les accidens allèrent en augmentant, et elle succomba au bout d'un mois, après avoir fait usage du mercure, de la scille, de la diète lactée, etc. A l'autopsie, *Palleta* trouva à la partie antérieure de l'œsophage un vaste ulcère grisâtre, qui commençait un peu au-dessous du larynx, et qui n'affectait que la membrane muqueuse; la musculeuse était évidemment hypertrophiée. La paroi postérieure de l'œsophage était saine. (*Exercit. pathol.*, 1820, p. 228.)

Ici, mêmes symptômes que dans l'œsophagite simple, seulement les douleurs sont plus vives, surtout pendant l'acte de la déglutition; nous retrouvons encore les vomissemens de matières glaireuses diversement colorées. Un autre symptôme, qui a été observé quand l'ulcère occupe la partie supérieure de l'œsophage, c'est une salivation abondante. Enfin il faut noter cette expectoration de globules arrondis et purulens observés par *Palleta*, et que nous aurons encore occasion de faire remarquer dans le squirrhe ulcéré.

L'inflammation de l'œsophage, comme celle de presque tous les organes, peut se terminer par gangrène. On en trouve dans les recueils périodiques un assez grand nombre d'observations; mais la plupart, incomplètes et mal décrites, laissent quelque doute sur leur véritable nature, et quelques-unes nous ont paru appartenir à une lésion dont nous parlerons plus tard, c'est-à-dire au ramollissement gélatiniforme. Tel nous paraît être le cas communiqué par M. *Serres*.

(Rev. méd. vol. 10, p. 166.) C'est celui d'une jeune femme nouvellement accouchée, qui succomba à une péritonite puerpérale; et l'on sait, depuis les travaux de *Chaussier*, combien est grande l'influence des couches sur le ramollissement de l'estomac et de l'œsophage.

Dans un rapport fait à la Société de médecine de Bordeaux, le 26 juin 1809, on rapporte qu'on a trouvé chez un individu, mort par suite d'empoisonnement par les champignons, l'œsophage phlogosé et gangréné. (*Orfila*, Médecine légale, vol. 3, p. 339.)

M. *Dugès* dit avoir vu la gangrène débuter par la voûte palatine, et s'étendre à l'œsophage, dont la muqueuse fut trouvée parsemée, dans toute son étendue, de plaques épaisses, molles, irrégulières, d'une couleur grisâtre et d'une odeur repoussante. (Nat. de la fièvre, vol. 2, p. 432.)

Il est fort difficile de reconnaître pendant la vie la gangrène de l'œsophage : on ne pourrait guère parvenir à la diagnostiquer d'une manière certaine qu'autant que les malades vomiraient des débris résultant de la désorganisation causée dans l'organe par la maladie. C'est cette obscurité du diagnostic qui nous engage à rapporter les deux observations suivantes, qui nous semblent propres à l'éclairer.

Un homme âgé de soixante ans, après avoir éprouvé des frissons, des douleurs vagues dans le dos, puis à la gorge, avec difficulté de respirer, offrit de la tuméfaction sur les parties latérales et antérieure du cou : des sangsues et des cataplasmes le soulagèrent; mais trois jours après on observa les symptômes suivans : langue sèche et sale, soif, anorexie, douleur dans l'arrière-bouche, déglutition douloureuse sans inflammation apparente, larynx douloureux au toucher, tuméfaction du cou; pouls petit, faible et intermittent; prostration des forces; enfin, mort le onzième jour. L'œsophage était gangréné depu s sa partie supérieure jusqu'à un pouce au-dessus du cardia, dans toute son épaisseur, et particulièrement à sa face interne. Le tissu cellulaire qui entoure la trachée-artère était trans-

formé en une sorte de détritus gangréneux. (Journ. de *Corvisart*, vol. 14, p. 323.)

Un enfant de seize mois, rachitique, entre à l'infirmerie pour un *herpes labialis* survenu après une rougeole très-bénigne. Quelques jours après, vomissemens assez fréquens, surtout après avoir mangé; éructations acides, pouls lent et petit, pâleur générale, dégoût pour les alimens; état continuel d'abattement, sans plainte, sans cris, sans agitation. Ces symptômes persistèrent quelque temps; mais vers la fin de la vie, les vomissemens devinrent moins fréquens, et les matières vomies étaient muqueuses et mélangées de flocons blanchâtres; le pouls, toujours petit et faible, s'accéléra un peu; bientôt il n'y eut plus que des éructations sans vomissement, l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le malade succomba sans avoir présenté de symptômes plus marqués que ceux que nous avons indiqués.

Autopsie. Décoloration générale, marasme complet, bouche saine, taches grisâtres et molles, environnées d'un cercle rouge-vif sur les piliers du voile du palais, sur les côtés de la glotte et le long de l'œsophage, dont la muqueuse est réduite en larges escharres irrégulières, d'une couleur de suie, s'enlevant par lambeaux et laissant entre elles des intervalles d'un rouge vif, et de profondes excoriations qui traversent presque l'épaisseur de l'œsophage, qui répand évidemment l'odeur de gangrène. L'estomac présente seulement des stries rouges. L'intestin grêle est pâle.

Ce fait, que nous empruntons à M. *Billard*, a été représenté dans la planche troisième de l'atlas dont il a enrichi son ouvrage.

Ainsi, nous trouvons pour symptômes principaux : la douleur, la tuméfaction du cou, les éructations, les vomissemens, un pouls petit, faible, intermittent, et une prostration considérable des forces, qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun organe important. Sans doute que l'haleine des malades doit exhaler une odeur gangréneuse; mais il n'en est pas fait mention dans les observations que nous venons de citer.

De toutes les terminaisons de l'œsophagite, celle par gangrène est sans contredit la plus dangereuse; mais est-elle toujours mortelle? Voici une observation qui semble prouver qu'il ne faut jamais désespérer des ressources de la nature et de l'art. Une personne d'Arras fut attaquée d'une esquinancie inflammatoire, qui se termina par gangrène. La mortification s'étendit à l'œsophage, à la trachée-artère et aux parties molles de la région antérieure du cou. A la chute des escharres, l'air et les alimens sortirent par la plaie; cependant, au moyen d'une opération dont le manuel n'est pas décrit, M. *Hazard* parvint à enlever toutes les parties malades, et par des pansemens méthodiques guérit radicalement le malade. (Gaz. de santé, 1788, p. 10). La vérité du fait est attestée par MM. *Willemetz* et *Beauvais*, médecins. Peut-être jugera-t-on qu'il en était besoin.

Anatomie pathologique. Chez les individus qui ont succombé à l'œsophagite simple, on trouve la membrane muqueuse rouge, injectée soit uniformément, soit par plaques, offrant des stries sanguines, des arborisations, couverte d'épaisses et d'abondantes mucosités, signes irrécusables de l'inflammation de toute muqueuse. Outre cette rougeur, qui varie depuis le rose pâle jusqu'au rouge-brun, on trouve la muqueuse tantôt épaissie, tantôt ramollie, et se déchirant à la moindre traction; le tissu cellulaire sous-muqueux est tantôt friable, tantôt œdémateux; une fois on a trouvé une exsudation sanguine; mais comme en même temps elle existait dans l'estomac, il est difficile de dire si le sang n'avait pas reflué de cet organe. Le plus ordinairement l'épithélium est entièrement détruit ou enlevé par larges lambeaux, au niveau desquels est étendue une matière jaunâtre, semblable à celle rejetée par le malade; cette destruction de l'épithélium s'observe surtout chez les jeunes enfans.

Lorsque l'inflammation a donné naissance à des ulcères, on trouve ceux-ci uniques ou multiples, affectant différentes formes, occupant tantôt la partie inférieure, et plus souvent la partie supérieure de l'œsophage. Ordinairement d'une petite étendue, ils peuvent avoir

plusieurs pouces de long; on ne les a pas vu aller au-delà de la membrane muqueuse; la musculeuse est le plus souvent saine, quelquefois hypertrophiée; leurs bords sont taillés à pic, épais, rouges, saignans; leur fond jaunâtre est formé tantôt par le tissu sous-muqueux, tantôt par les fibres musculaires; toujours on observe autour d'eux une auréole inflammatoire plus ou moins étendue et d'un rouge carmin; il est rare aussi que les divers points de la muqueuse ne présentent pas des traces plus ou moins profondes d'inflammation.

Quant à l'état de l'œsophage lorsqu'il est frappé de gangrène, nous ne croyons pas devoir rapporter ce que nous en avons dit plus haut.

Traitement. Le traitement de l'œsophagite légère doit consister dans la privation d'alimens solides et des boissons stimulantes; l'usage de liquides doux, mucilagineux et donnés à une température peu élevée. Le malade doit s'abstenir de parler, parce que les mouvemens de la langue se propagent à l'œsophage et tendent encore à l'irriter; au reste, la douleur force souvent le malade à garder le silence: c'est ce que j'ai éprouvé lorsque je fus atteint de pharyngo-œsophagite. A ces moyens il faut joindre les cataplasmes émolliens autour du cou, les bains sinapisés, les légers dérivatifs sur le tube intestinal. Mais si l'inflammation est intense, ces moyens seuls ne peuvent plus être suffisans, on doit seconder leur effet par une et même deux saignées, si les forces du malade le permettent. *Fréd. Hoffmann* voulait que dans l'inflammation de la partie supérieure de l'œsophage on pratiquât une saignée du bras, puis l'ouverture de la veine sous-linguale; ce dernier moyen, qui avait déjà été mis en usage dans l'antiquité (voy. *Cœlius Aurelianus*), a été tout récemment encore proposé par M. *Janson*, de Lyon. Mais c'est surtout aux évacuations sanguines locales qu'il faut avoir recours : on peut les pratiquer, soit au moyen des sangsues, soit au moyen des ventouses. *Hildenbrand*, qui a consacré un assez long article à l'œsophagite dans ses *Institutiones pratico-medicæ*, ne veut pas que l'on emploie les ventouses, dans la crainte que l'irritation qu'elles déterminent ne soit pas détruite

par l'écoulement de sang auquel elles donnent lieu. Si nous ne conseillons pas ce moyen, c'est uniquement parce que l'application des ventouses sur les parties latérales et antérieure du cou est difficile, et ne peut être faite sans que l'on exerce une compression qui doit gêner la respiration et augmenter les souffrances du malade. C'est donc aux sangsues que l'on doit avoir recours: on en applique depuis douze jusqu'à trente le long de la partie latérale gauche du cou, dans la direction de l'œsophage; on facilite l'écoulement du sang au moyen d'un cataplasme émollient, et l'on y revient si l'inflammation persiste ou si elle menace de passer à l'état chronique. On préviendra par là ces altérations profondes de tissu constamment mortelles, et d'autant plus à craindre, qu'elles s'établissent d'une manière insidieuse, et ne se traduisent à nos sens que quand les moyens de l'art doivent être évidemment inefficaces.

Chez les enfans à la mamelle, il peut souvent encore être utile d'employer les sangsues au nombre de deux à quatre. On doit, comme le conseille M. *Billard*, ne les faire boire qu'à la température du lait sortant du sein de la mère; les faire téter ou boire peu à la fois, s'ils vomissent après avoir bu; faire usage de cataplasmes autour du cou; établir sur les intestins une légère irritation, soit au moyen de quelques grains de calomel, soit en administrant de petits lavemens de lait sucré.

Enfin, si l'œsophagite reconnaissait pour cause la présence d'un corps étranger, il faudrait en faire l'extraction, ou le pousser dans l'estomac.

CHAPITRE II.

Inflammation folliculeuse.

Ce que le raisonnement et plus encore l'analogie avaient depuis long-temps fait admettre comme possible a été prouvé de la manière la plus évidente par l'anatomie pathologique. On sait aujourd'hui que les follicules muqueux peuvent être le siége d'un travail morbide,

sans que les tissus qui les entourent y participent, de même que nous voyons tous les jours les cryptes de la peau, qui sont à cette membrane ce que les follicules sont aux muqueuses, s'enflammer, suppurer, sans que la peau, sans que le tissu cellulaire, au centre duquel ils se trouvent placés, en reçoivent la moindre influence. Les recherches de *Wagler* et de *Rœderer* n'ont-elles pas appris que la fièvre dite *muqueuse* est due à une affection isolée des follicules de l'estomac et de l'intestin grêle? N'est-il pas démontré aujourd'hui que l'ensemble des symptômes auquel on donne le nom de *fièvre grave*, *fièvre typhoïde*, reconnaît pour cause une altération particulière des glandes de *Peyer* et de *Brunner?*

Considérons donc les follicules muqueux comme des organes distincts, isolés, sentant à leur manière, ayant leurs maladies propres, et voyons quels symptômes fait naître l'inflammation de ceux de l'œsophage, et quels changemens elle apporte dans leur organisation.

Les symptômes sont toujours fort obscurs; ce qui tient à ce que rarement l'inflammation folliculeuse se borne à l'œsophage, et qu'elle ne développe aucune sympathie. Toutefois on a observé que les malades éprouvaient de la chaleur, de la gêne dans le trajet que parcourt l'œsophage; la déglutition est toujours douloureuse, quelquefois impossible : mais un signe qui a été observé par *Durluc*, *Lavirotte*, *Wagler*, *Rœderer* et M. *Billard*, c'est un vomissement fréquent et une expuition continue de glaires et de mucosités épaisses et filantes que les malades rejettent avec beaucoup de peine.

Essaierons-nous de déterminer sous quelle influence se développe la phlegmasie des follicules? Ici tout est obscurité. Dirons-nous qu'elle reconnaît les mêmes causes que celles qui font naître l'exaltation des propriétés vitales des vaisseaux capillaires sanguins? Mais il resterait encore à rechercher pourquoi les mêmes causes font naître l'une ou l'autre de ces phlegmasies, et presque jamais en même temps. Avouons donc notre ignorance à cet égard, et contentons-nous de rechercher dans quel cas on a rencontré l'affection des follicules muqueux de l'œsophage.

Dans un mémoire inséré dans le tome onzième du Journal complémentaire, M. *Aimé Grimaud* dit que la rage n'est qu'une phlegmasie folliculeuse très-étendue. Ce médecin ne développe pas sa proposition ; et quoique nous ne connaissions pas les faits sur lesquels il s'appuie, nous pouvons lui opposer à l'avance que, dans beaucoup de cas, on a trouvé une inflammation de presque tous les cryptes muqueux, sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'hydrophobie, et que, dans d'autres circonstances non moins nombreuses, les recherches les plus minutieuses n'ont fait découvrir aucune trace d'inflammation, même la plus légère ; ce qui doit faire penser que lorsque celle-ci existe elle n'est que secondaire et subordonnée à la névrose qui constitue essentiellement la maladie.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas très-rare d'observer chez ceux qui succombent à la rage un état phlegmasique des follicules muqueux de l'œsophage : *Durluc*, *Lavirotte*, *Andry*, M. *Portal*, et beaucoup d'autres après eux, les ont vus plus développés, plus volumineux, et comme farcis d'une lymphe écumeuse, dont une couche épaisse tapissait, dans quelques cas, la face interne du conduit œsophagien.

Dans le croup, on rencontre encore assez souvent cette même altération des follicules muqueux de l'œsophage, surtout à sa partie supérieure ; alors la membrane interne est d'un gris pâle. (Grimaud, *loco cit.*)

Rœderer et *Wagler* l'ont observée quelquefois dans l'épidémie de Goettingue. C'est surtout vers la partie supérieure de l'œsophage qu'ils ont vu les follicules muqueux tantôt engorgés et remplis de mucus épais, tantôt vides, aplatis, et présentant à leur centre une ouverture qui pénétrait dans leur cavité.

Une observation rapportée par M. Billard (*loco cit.*, p. 275) prouve que l'affection de l'appareil folliculeux peut se développer pendant la vie intra-utérine. Chez un enfant qui vécut vingt-quatre heures, et qui vomit des matières glaireuses, il trouva tout le long de l'œsophage une quantité considérable de follicules très-développés, et qui pour la plupart étaient environnés à leur base d'un cercle rouge très-vif.

En outre, le pharynx et l'œsophage étaient injectés et rouges dans toute leur étendue ; ce qui rend cette observation intéressante, en ce qu'elle prouve que l'inflammation des follicules peut exister en même temps que celle des capillaires sanguins.

Enfin, n'est-ce point à cette même affection des follicules, mais beaucoup plus avancée, qu'il convient de rapporter les ulcérations que M. *Louis* a rencontrées dans l'œsophage chez quelques-uns des malades qui ont succombé à la fièvre typhoïde? Le plus souvent en grand nombre, ovalaires ou arrondies, de deux à douze lignes d'étendue dans leur plus grand diamètre, superficielles ou reposant sur la tunique musculaire, sans altération à leur pourtour, elles occupaient surtout la partie inférieure de l'organe. Cette altération semble exclusivement propre aux sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, du moins M. *Louis* n'en a pas rencontré d'exemple à la suite des autres maladies aiguës. (*Louis*, Recherches sur la gastro-entérite, etc., vol. 1, p. 169.)

CHAPITRE III.

Inflammation pseudo-membraneuse.

L'inflammation de la muqueuse œsophagienne peut déterminer la formation d'une fausse membrane. Tantôt cette inflammation plastique débute par l'œsophage, et n'envahit que cet organe ; tantôt, au contraire, elle n'est qu'une expansion d'une altération semblable du pharynx et des tonsilles, je veux dire de l'angine couenneuse ou dyphthérite.

L'inflammation plastique débutant par l'œsophage est assez rare. M. *Cruveilhier* dit (Anat. pathol., vol. 1, pag. 146), qu'il a trouvé parmi les observations de M. *Dupuytren* un exemple très-remarquable d'une inflammation de l'œsophage terminée par la formation d'une fausse membrane, qui tapissait ce canal dans toute sa longueur. Le docteur *Henning*, de Zerbst, rapporte que la servante d'une maison tomba malade en même temps que quatre enfans,

qui furent atteint de scarlatine : aucune trace d'éruption extérieure ne se présenta chez elle ; mais elle éprouva un ensemble de symptômes très-graves, et qui indiquaient que la maladie s'était, pour ainsi dire, concentrée sur les parois de l'œsophage. Cependant, à l'aide de moyens convenables, la déglutition et la possibilité d'ingérer se rétablirent vers le septième jour. Le huitième, la malade éprouva un chatouillement des plus pénibles dans l'œsophage, ce chatouillement détermina une toux violente et continuelle qui persista jusque vers le dixième jour. A cette époque, les règles ayant paru, l'amélioration fut rapide, et la malade excréta par la toux une grande quantité de débris membraneux, pareils à ceux que l'on remarque lorsque, dans cette maladie, la desquamation de la peau a lieu. (Bibl. méd., vol. 58, pag. 384.)

Peut-être conviendrait-il de rapprocher de ces deux faits celui rapporté par *Winslow*, dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1712 (Coll. acad., vol. 3, pag. 550), et celui de *Mathias Jacobæus* (*Bartholini*, Act. méd., pag. 212), qui rapporte qu'un homme fut, pendant deux ans, tourmenté d'une dysphagie qui cessa après qu'il eut rendu par l'anus une fausse membrane venant de l'œsophage.

Le croup peut-il se compliquer de la formation d'une fausse membrane dans l'œsophage? Les recherches que nous avons faites à ce sujet, dans les ouvrages qui traitent *ex professo* de cette matière, nous ont conduit à conclure que, toutes les fois que l'œsophage se trouvait à l'intérieur tapissé d'une fausse membrane plus ou moins analogue à celle qui obstruait les voies aériennes, il y avait eu complication du croup avec l'angine couenneuse, c'est-à-dire que l'inflammation plastique avait débuté par le pharynx, et s'était de là étendue dans le larynx, la trachée et l'œsophage : telles sont entre autres les observations rapportées par *Rechou*, dans le tome vingt-deuxième du recueil périodique de la Société de médecine de Paris ; tel est encore le fait observé par M. *Grimaud* (Journ. compl., vol. 11, pag. 235.) En effet, la dyphthérite, qui débute généralement par les

tonsilles et le pharynx, qui peut se borner à ces parties, et se propage souvent dans les voies aériennes, peut aussi, mais plus rarement, s'étendre dans l'œsophage, et même dans l'estomac; ceci n'a guère lieu que chez les enfans en bas âge, de deux à cinq ans, comme le prouvent les observations de *Rechou*, de MM. *Grimaud* et *Bretonneau*. (Traité de la dyphthérite.)

Tantôt la fausse membrane n'atteint que la partie supérieure de l'œsophage, tantôt toute sa face interne en est recouverte; d'autres fois on la voit s'interrompre dans le milieu de ce conduit, pour reparaître vers le cardia, et occuper une partie ou la totalité de l'estomac; enfin, elle peut être étendue en nappe ou disséminée par plaques. Au-dessous d'elle la muqueuse de l'œsophage, tantôt apparaît saine, tantôt offre, soit dans toute son étendue, soit par place, la rougeur propre à l'inflammation dyphthéritique.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'assigner aucun symptôme qui puisse, je ne dirai pas caractériser, mais seulement faire présumer que l'inflammation dyphthéritique a envahi le tube œsophagien : les symptômes auxquels donne lieu l'affection du pharynx et des voies aériennes masquent ceux que l'on devrait remarquer du côté de l'œsophage. *A priori* on pourrait penser que la gêne de la déglutition devrait être plus grande et les vomissemens plus fréquens, et cependant il n'en est rien. En effet, dans un cas observé par M. *Bretonneau* (*loc. cit.*, p. 163), la fréquence des vomissemens avait fait naître le soupçon que la phlegmasie dyphthéritique s'était propagée du pharynx à l'œsophage, et peut-être à l'estomac; mais ces conjectures furent démenties par l'autopsie cadavérique.

Quant à l'inflammation plastique débutant par l'œsophage, les observations que nous possédons sur ce point sont trop incomplètes pour que nous essayons d'en tracer le diagnostic.

Lorsque l'existence de la fausse membrane est liée à celle de la dyphthérite, le traitement ne doit pas différer de ce qu'il est dans cette maladie. Il n'est guère possible de mettre en usage le traitement local, à moins que d'insuffler profondément de l'alun pulvérisé, ou

d'introduire une sonde enduite de miel, auquel on aura ajouté une certaine quantité d'acide hydrochlorique. C'est ce mélange que préfère M. *Bretonneau*, quand l'inflammation dyphthéritique du pharynx s'étend au-delà de la vue.

Si dans une épidémie de dyphthérite on pouvait craindre l'expansion de la fausse membrane dans l'œsophage, faudrait-il s'appesantir sur les saignées locales, au moyen desquelles quelques médecins modernes disent avoir prévenu le croup, et qui ont réussi plusieurs fois à mon confrère et ami *Gaudin*, dans une épidémie d'angine membraneuse qui a régné à Cuillié, où il exerce la médecine? Au moment de livrer ma thèse à l'impression, je lis dans le second volume d'un nouveau dictionnaire, qui vient de paraître, (article *Angine*, de M. Roche), que MM. *Gendron*, *Guimier*, etc., ont eu recours avec succès aux sangsues dans la même épidémie observée et décrite par M. *Bretonneau*. Ces résultats se trouvent entièrement opposés à ceux obtenus par le célèbre médecin de Tours, auquel les émissions sanguines ont paru nuire et accélérer la propagation de l'inflammation dyphthéritique. Il me semble, d'après cette divergence de résultats et d'opinions, que de nouveaux faits, observés sans idées préconçues, sont nécessaires pour faire apprécier les cas et le temps opportun où il convient de recourir aux sangsues, et ceux dans lesquels il faut s'en abstenir.

Conviendrait-il, quand la fausse membrane est formée, de déterminer le vomissement? Je n'ai aucune donnée à cet égard. Je crois devoir rappeler un moyen qui a réussi plusieurs fois à *Rechou*, pour détruire des concrétions membraniformes dans le canal alimentaire (l'auteur ne dit point quelles parties du tube digestif elles occupaient); il employait le sous-carbonate d'ammoniaque à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur il le donnait à la dose de dix grains dans deux onces de sirop de guimauve, et il augmentait graduellement la dose; pour l'employer à l'extérieur, il le faisait incorporer avec du cérat de *Galien* dans les proportions d'un gros sur deux onces de cérat. (Recueil périod., *loc. cit.*)

CHAPITRE IV.

Muguet de l'œsophage.

Si nous eussions adopté l'opinion d'*Auvity* (Mém. de la Soc. roy. de méd., 1787 et 1788), présentée de nouveau dans ces derniers temps, par M. *Verron* (Arch. de méd., vol. 8, pag. 466), sur le siége du muguet, nous aurions dû en parler en faisant l'histoire de l'inflammation des follicules, puisque ces médecins en placent le siége spécial dans les cryptes muqueux ; mais nous partageons, surtout depuis les belles expériences de M. *Lélut* (Arch. de méd., vol. 13, pag. 335), la manière de voir de MM. *Breschet*, *Guersent*, *Billard*, *Denis*, etc., etc. Pour eux le muguet est dû à la concrétion du mucus à la surface des membranes muqueuses enflammées. Rien n'est donc plus naturel que d'examiner le muguet après les fausses membranes, d'autant plus que, dans quelques cas, il se réunit par larges plaques et simule alors les pseudo-membranes.

Le muguet a été observé sur toute l'étendue de la membrane muqueuse gastro-intestinale, depuis la bouche jusqu'à l'anus, quoi qu'en ait dit M. *Verron* (*loc. cit.*), malgré les observations de *Sylvius de Leboë*, de *Raulin*, d'*Auvity*, de *Sanponts*, et de quelques médecins plus modernes. Débutant le plus ordinairement par la muqueuse buccale, et s'étendant ensuite dans le reste du tube digestif, cette exsudation peut commencer par l'œsophage, et même se borner à sa membrane interne ; du moins M. *Billard* cite deux observations dans lesquelles l'œsophage était comme obstrué par des flocons albumineux, tandis que la muqueuse bucco-pharyngienne offrait à peine quelques traces du muguet pointillé.

Les causes du muguet sont assez mal connues ; on cite comme pouvant le produire tout ce qui est susceptible d'irriter le tube digestif, et comme y prédisposant, une constitution faible, une mauvaise nourriture, et surtout l'allaitement artificiel, etc., etc.

La complication la plus ordinaire du muguet, c'est l'inflammation gastro-intestinale, M. *Billard* l'a rencontrée chez presque tous les malades. Le ramollissement gélatiniforme peut aussi exister en même temps que le muguet, et c'est à lui qu'il faut attribuer la perforation de l'œsophage, et non au muguet, comme l'a fait M. *Verron.* (*Loc. citato.*)

Le muguet de l'œsophage a pour symptôme : une difficulté extrême dans la déglutition, puis une impossibilité complète de cette fonctin, d'où rejet du sein, refus de toute nourriture, dépérissement, et mort dans le marasme, par défaut d'alimentation. Un autre symptôme, qui est devenu de la plus haute importance depuis les observations publiées par M. *Billard*, c'est le vomissement, d'abord seulement de tout ce qu'on fait boire au malade, puis de matières jaunâtres et filantes, et, au moindre mouvement, des régurgitations d'un fluide laiteux, et quelquefois mêlé de grumeaux blancs et pâteux, sans qu'après la mort on trouve dans l'estomac la trace la plus légère d'un état pathologique quelconque.

Le muguet de l'œsophage affecte diverses formes ; il peut se montrer sous celle de points blancs très-petits, et plus ou moins rapprochés ; et dans ce cas, presque toujours la couleur blanche de l'exsudation tranche d'une manière remarquable avec la rougeur intense de l'œsophage ; tantôt on le voit sous forme de stries entre lesquelles existent de longues excoriations très-profondes, au niveau desquelles l'épithélium est détruit ; d'autres fois il forme une couche épaisse et uniforme, de manière à obstruer le calibre de l'œsophage. (*Auvity, Verron, Denis.*) Est-il nécessaire de dire que ces trois formes peuvent se trouver réunies chez le même sujet, ainsi que l'atteste une observation de M. *Billard.*

Il est bien prouvé aujourd'hui que l'accumulation du sang, la rougeur, et peut-être la douleur de la muqueuse sur laquelle doit se faire l'exsudation devancent de quelques jours son apparition. Ce fait peut être observé tous les jours pour le muguet de la bouche, et l'analogie nous permet de supposer qu'il en est de même pour celui

de l'œsophage. Après la mort, au contraire, on ne trouve pas toujours des traces d'inflammation sur les surfaces que recouvrait le muguet.

Dans la généralité des cas on trouve l'exsudation couenneuse blanche, et même, selon M. *Billard*, elle le serait toujours, car il regarde comme l'effet du contact de la bile ou du sang les colorations jaunes et rougeâtres que peut présenter la pellicule du muguet. Selon M. *Lélut* (*loc. cit.*), qui admet bien aussi cette coloration accidentelle par les matières vomies, cette pellicule serait susceptible de prendre quelquefois, dans les derniers jours de la vie du malade, une teinte brune très-foncée, persistant après la mort; c'est ce qu'il a vu chez les enfans qui n'avaient pas eu de vomissement.

J'ai eu moi-même plusieurs fois occasion de voir à l'hôpital des Enfans malades, et *Raulin* ainsi que d'autres en avaient déjà fait la remarque, l'exsudation qui constitue le muguet prendre, dans les derniers temps de la vie, une teinte grise brunâtre. M. *Peaucellier*, qui, en 1816, a soutenu à Paris une thèse sur une épidémie de muguet, observée par lui à Wilna, a vu plusieurs fois à l'approche du terme fatal la bouche et le pharynx devenir grisâtres et même noirs.

Lorsque le muguet forme une couche épaisse et prend l'aspect d'une pseudo-membrane, est-il susceptible de s'organiser et de faire corps avec la surface de la muqueuse qu'il recouvre? Nous ne connaissons aucun fait qui le prouve; mais il ne faut pas oublier que, deux fois, M. *Lélut* a trouvé à la base de la langue, et à la partie moyenne de l'œsophage, la face externe du lambeau pseudo-membraneux fortement adhérente à la muqueuse enflammée, et sillonnée par des stries rouges bien évidemment vasculaires. La nature n'a-t-elle pas été là prise sur le fait? Et serait-ce trop hasarder que de regarder cet état comme un commencement d'organisation? *Albers* et *Sœmmering* n'ont-ils pas vu la fausse membrane du croup rester adhérente à la muqueuse trachéale, et prendre la forme et la texture d'une membrane organisée?

Le muguet de l'œsophage ne peut pas être combattu, comme celui

de la bouche, par des moyens locaux ; il faut mettre en usage la diète absolue, les boissons adoucissantes et mucilagineuses, et même appliquer quelques sangsues le long de l'œsophage, si la déglutition était très-gênée, et si la pression était très-douloureuse.

CHAPITRE V.

Variole de l'œsophage.

Dans la variole confluente, des pustules se développent quelquefois sur toute l'étendue de la muqueuse gastro-intestinale; mais c'est surtout dans les portions de ces membranes qui avoisinent la peau qu'on les a observées, parce que là elles offrent une organisation analogue à la sienne, savoir : un épiderme assez épais et un corps muqueux très-développé.

L'éruption variolique de l'œsophage a été vue par quelques auteurs anciens, et leurs observations ont été confirmées par celles des modernes. En 1731, *Jos. Théod. Faber* soutint à Heidelberg une thèse dans laquelle il rapporte avoir vu des pustules de variole dans l'œsophage. *Chaussier* consigna, en 1811, dans le Bulletin de la Faculté le résultat de l'autopsie d'un varioleux; il y avait des pustules dans le larynx, la trachée-artère, les ramifications bronchiques, le pharynx et l'œsophage. M. *Cruveilhier* en cite un autre cas dans sa médecine pratique éclairée par l'anatomie (p. 47). Enfin MM. *Gendrin* (Hist. des inflammat.), *Leroux* (*op. cit.*) et *Tacheron* (Recueil d'obs.) en rapportent des observations.

Quelle est la terminaison des pustules varioliques de l'œsophage? Nul doute que le plus souvent l'absorption du pus et l'exsiccation des pustules n'aient lieu, comme on l'observe à la peau. M. *Guersent* (art. *Variole* du dict. en 18 vol.) a vu, dans certains cas, les pustules développées sur la muqueuse bucco-pharyngienne se terminer par des ulcérations ; il ne répugne point à la raison de croire que pareille chose ne puisse se passer dans l'œsophage. Mais une terminaison

beaucoup plus fâcheuse, et qui n'a pas été, que je sache, observée par des médecins plus rapprochés de notre époque, est celle dont parle *Jos. Hen. Brechtfeld*, qui, dans une épidémie de variole très-meurtrière, observa, en 1668, une jeune fille chez laquelle les parois de l'œsophage se réunirent : cette fille succomba de la manière la plus misérable (*Bartholini*, Act. méd., p. 199). Vingt ans plus tard, en 1688, *Jos. Lanzoni* observa un fait en tout semblable sur un jeune garçon (*E. N. C.*, déc. 2, ann. 9, obs. 45).

Comment se produit cette adhérence des parois de l'œsophage? Y a-t-il, comme le prétend M. *Lobstein* (Anat. pathol., vol. 1, p. 295), transformation de la muqueuse en tissu cellulaire? ou bien les surfaces, d'abord ulcérées, se réunissent-elles ensuite? Cette dernière explication paraît plus probable.

Dans les cas où on reconnaîtrait la présence de pustules varioliques dans l'œsophage, et qu'une douleur vive et une difficulté extrême dans la déglutition pourraient faire craindre leur ulcération, conviendrait-il d'introduire une sonde œsophagienne enduite d'un corps gras simple ou médicamenteux ?

CHAPITRE VI.

Perforations de l'œsophage.

Peut-il se former dans l'œsophage de ces perforations spontanées que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, d'offrir des bords noirs et taillés à pic? Nous n'en connaissons aucun exemple : toutes les lésions de l'œsophage, données par les auteurs sous le nom de *perforation spontanée*, se rapportent bien évidemment à la gangrène ou au ramollissement de ses parois.

Mais l'œsophage est exposé à deux autres espèces de perforations, l'une qui s'établit de dedans en dehors, et est toujours due à la pré-

sence de corps étrangers, et l'autre qui, se faisant de dehors en dedans, est produite par la dilatation anévrysmatique de l'aorte.

La première, qui succède le plus ordinairement à une inflammation suivie de suppuration, peut, comme le prouve une observation de M. *Martin*, reconnaître pour cause la mortification des parois de l'œsophage, produite par la compression. La seconde me semble devoir être attribuée à une sorte d'usure, sans travail inflammatoire. Je prévois que cette explication ne sera pas goûtée de tout le monde, mais c'est la seule qui m'a paru raisonnable d'après la lecture attentive des faits. J'avais d'abord pensé que le sac anévrysmal, ayant contracté des adhérences avec l'œsophage, comprimait une portion de cet organe, et donnait lieu à sa mortification. Mais dans aucun des cas que j'ai lu les malades n'ont éprouvé la moindre gêne dans la déglutition; cette fonction, au contraire, s'est bien faite jusqu'au terme fatal. Ainsi M. *Laennec*, de Nantes, envoya, en 1822, à l'Académie de médecine la pièce anatomique d'un anévrysme considérable de l'aorte, avec perforation de la trachée et de l'œsophage; et le malade, qui, pendant long-temps avait vomi et craché du sang, n'éprouva jamais de trouble dans la respiration ni dans la déglutition. (Revue méd., t. 8, p. 479.) Il en fut de même chez les malades observés par *Morgagni*, *Corvisart*, MM. *Fleury*, *Bertin* et *Bouillaud* (Mal. du cœur); *Ouvrard* (thèse, 1811), *Raikem* (Bull. de la Faculté, 1812), *Laennec* (Auscultation).

L'autre espèce de perforation est produite par des corps étrangers qui irritent, enflamment et détruisent les parois de l'œsophage; tantôt alors il se forme un abcès qui peut s'ouvrir sur les parties latérales du cou, et le plus souvent les malades guérissent très-bien, comme l'attestent les observations de *Plater*, *Foreest*, *Fabrice de Hilden*, *Houlier*, etc.; tantôt le corps étranger, après avoir détruit l'œsophage, perfore la paroi d'un gros vaisseau, et donne lieu à une mort prompte. Ainsi *Wagret*, dans un recueil d'observations publié en 1718, rapporte qu'un jeune homme périt d'hémorrhagie six semaines après avoir avalé un os qui s'arrêta à la partie moyenne de l'œsophage.

L'autopsie fit découvrir une perforation de ce conduit et de l'aorte descendante ; l'estomac était plein de sang. *Saucerotte* a consigné dans le tome deuxième des Annales de Montpellier une observation non moins curieuse : c'est celle d'un carabinier qui, en mangeant la soupe, avala un os caché dans les légumes; cet os s'arrêta dans l'œsophage. Aussitôt douleurs vers l'orifice supérieur de l'estomac. Six jours après, vomissemens considérables et fréquens de sang caillé, qui se continuèrent jusqu'à la mort du malade, survenue huit jours après l'accident. A l'ouverture du cadavre, on trouva, vers la sixième côte, l'œsophage divisé perpendiculairement de l'étendue de trois centimètres; la même solution de continuité intéressait une assez grosse veine, qu'on crut être la demi-azygos; il n'existait qu'un peu de phlogose autour de l'œsophage et de la veine.

Deux faits à peu près semblables se trouvent, l'un : Archives de médecine, vol. 6, et l'autre dans la thèse de M. *Léger* (collect. de Montpellier). Ils n'ont offert rien de particulier. C'est seulement après huit et dix jours de séjour du corps étranger que les accidens graves se sont manifestés.

Nous ne pouvons résister au désir de rapporter encore une observation du docteur *Martin* (Journal universel, vol. 46). Ce médecin raconte qu'un caporal fut atteint tout à coup d'une hémorrhagie abondante : s'amusant avec ses camarades, il vomit, sans cause connue, sans douleur préalable, les alimens du repas du soir, mêlés à une certaine quantité de sang, en partie liquide et en partie coagulé. Divers moyens furent inutilement mis en usage; l'hémorrhagie continua, et fit périr le malade. Ce fut seulement après la mort que le médecin apprit que ce militaire avait plusieurs fois avalé des pièces de six livres, qu'il rendait ordinairement quelques jours après par la voie des selles; et que depuis quinze jours il avait ingéré une pièce semblable, qui n'était pas sortie. A l'autopsie, on découvrit dans l'estomac la pièce de monnaie, solidement retenue par les parois du conduit, à la hauteur de la bifurcation des bronches; elle était placée de champ, et avait perforé l'œsophage et l'aorte.

On conçoit, d'après la manière dont le corps étranger était placé, que la respiration n'ait pas été gênée, et que la déglutition des liquides et même des solides se soit continuée; mais ce qu'on a peine à comprendre, c'est que ce militaire n'ait pas été averti de la présence de la pièce de monnaie dans le conduit œsophagien.

L'art ne peut rien contre les perforations de l'œsophage qui sont produites par une tumeur anévrysmale; cependant, comme il résulte des observations de MM. *Ouvrard* et *Laennec* que l'hémorrhagie peut se continuer quinze jours, un mois même, avant qu'elle devienne mortelle; et que ces médecins ont trouvé des caillots solides bouchant la perforation de l'aorte et de l'œsophage, il conviendrait d'employer le traitement de *Valsalva* dans toute sa rigueur, de soumettre le malade à un silence et à une immobilité absolus.

Quant à celles qui sont dues à la présence d'un corps étranger, on peut le plus souvent les prévenir, et l'indication se présente d'elle-même.

CHAPITRE VII.

Ramollissement de l'œsophage.

Le tube digestif peut être, dans toute son étendue, le siége d'une altération pathologique, plutôt indiquée que décrite par les anciens, et dont M. *Cruveilhier* a donné une histoire plus complète que ses prédécesseurs (Méd. prat.); nous voulons parler du ramollissement gélatiniforme.

Quoique plus fréquent dans la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, il s'observe cependant encore quelquefois dans l'œsophage, soit qu'il s'y montre primitivement, soit que, débutant par l'estomac, il s'étende ensuite à ce conduit.

Quelles sont les circonstances sous l'influence desquelles ce ramollissement se produit? Dirons-nous, avec *Hunter*, qu'il est le résultat d'une action toute chimique? Cette explication serait au moins hasardée. Reconnaîtrons-nous comme cause unique une inflammation aiguë ou chronique, comme le veulent *Chaussier*, MM. *Cruveilhier*,

Denis et *Billard ?* L'analogie y porterait peut-être, car on sait qu'un des effets ordinaires de l'inflammation est de produire le ramollissement des tissus qu'elle affecte ; mais de nouveaux faits sont encore nécessaires pour décider la question.

Quoi qu'il en soit, ou le ramollissement de l'œsophage est primitif, c'est-à-dire débute par ce conduit, ou bien il est lié à l'existence d'un pareil état de l'estomac, et alors son altération se continue avec celle du ventricule ; tantôt il existe entre elles un espace plus ou moins grand, dans lequel l'œsophage conserve sa texture et son organisation naturelles. C'est ainsi que *Jæger* (Bibl. méd., vol. 39, p. 94), dont l'attention fut, dès 1805, attirée sur le ramollissement de l'estomac, dit avoir vu une altération semblable exister à la partie moyenne de l'œsophage, cesser bientôt pour reparaître au-dessous du cardia. Mais le plus souvent l'affection de l'œsophage et celle de l'estomac se continuent.

Le ramollissement borné à l'œsophage a été vu par *Chaussier*, (Dict. des sc. méd., vol. 40, art. *Perforation*), par M. *Billard*, et par M. *Denis*. (*Op. cit.*) On en trouve encore dans les Archives de médecine (vol. 11, p. 463), un exemple intéressant, en ce qu'il peut servir à éclairer le diagnostic. Un homme, âgé de vingt-deux ans, six semaines avant de tomber malade, avait été mordu à la main par un chien, qu'on tua sans s'assurer auparavant s'il était enragé ou non. La petite plaie se cicatrisa promptement ; mais, un mois après, des douleurs éclatent tout à coup dans l'épaule droite et le côté correspondant de la poitrine. Un sentiment de strangulation, ôtant toute facilité d'avaler, les accompagne. Une forte saignée ne calme pas cette douleur ; bientôt délire, agitation ; le malade pousse des cris affreux, boit avec avidité, vomit le soir à plusieurs reprises, et meurt dans la nuit. L'œsophage présente, à un pouce environ de son passage à travers le diaphragme, une perforation longue de huit lignes, dont les bords sont lisses et amincis, et par laquelle il s'est fait un épanchement dans le médiastin postérieur.

C'est, on n'en peut douter aujourd'hui, à ce ramollissement de

l'œsophage qu'il faut attribuer toutes les ruptures spontanées de ce conduit rapportées par les auteurs; du moins, toutes celles que nous connaissons, et que nous avons analysées avec le plus grand soin, nous le démontrent. Il ne nous restait de doute que pour celle rapportée par M. *Guersent* (Bulletin de la Faculté, vol. 1); mais dans une conversation que nous avons eue avec cet estimable médecin, nous avons acquis la certitude qu'elle ne faisait pas exception. Ce praticien nous a dit que de nouveaux faits observés par lui en assez grand nombre, et le souvenir des symptômes qu'offrit le sujet de sa première observation, ne lui permettent plus de douter qu'il n'ait alors méconnu le ramollissement des tuniques de l'œsophage, véritable cause de sa rupture, ou mieux de sa perforation : et on ne s'étonnera pas que cette lésion ait échappé à l'attention de M. *Guersent*, si on fait la remarque qu'à l'époque où il observait on ne connaissait point, ou très-peu, cette altération pathologique; et que celle-ci, dans le plus grand nombre des cas, finit brusquement, et laisse les parties qui la circonscrivent dans l'état le plus parfait d'intégrité.

Cependant il convient peut-être de considérer comme une véritable rupture spontanée de l'œsophage l'observation si souvent citée du baron Wassenaer. Nous n'ignorons pas que quelques médecins, qui veulent tout rattacher à l'inflammation, prétendent que, dans l'observation rapportée par *Boerrhaave*, l'œsophage était atteint de phlegmasie chronique. Mais telle n'est pas notre opinion, et nous nous fondons sur les considérations suivantes : 1°. la déchirure était complète, ce qui ne s'est vu dans aucun autre cas; 2°. les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni *ulcère* ni *érosion* dans aucune partie de l'organe; 3°. l'estomac, énormément distendu par un repas copieux que le malade venait de faire, et par l'ingestion toute récente d'une grande quantité de liquide, devait tirailler et tendre l'œsophage; 4°. enfin il y eut des efforts considérables de vomissement, déterminés par la réplétion de l'estomac et par une certaine dose d'émétique que le malade avait pris.

Le diagnostic du ramollissement de l'œsophage est enveloppé d'une grande obscurité. Lorsqu'il existe conjointement avec un semblable état de l'estomac, les symptômes se confondent, et ne peuvent être distingués. Lorsqu'il a été trouvé seul, comme dans les observations de *Chaussier*, c'est chez de nouvelles accouchées, atteintes de péritonite puerpérale, et chez lesquelles les signes de cette dernière affection voilaient ceux de la maladie de l'œsophage : il est donc impossible, d'après le peu de fait connus, d'assigner aucun symptôme particulier.

A l'autopsie on trouve l'œsophage converti en une matière gélatineuse, transparente, sans aucune trace d'organisation, et se déchirant par la plus légère traction. Quelquefois la muqueuse seule a subi cette transformation; le plus souvent les trois tuniques y participent, et peuvent être détruites dans une étendue plus ou moins considérable. Indépendamment du ramollissement, on a rencontré quelquefois d'autres altérations pathologiques. M. *Cruveilhier* a vu deux fois une éruption de boutons blancs aplatis, troués au centre, et formés aux dépens des membranes muqueuse, albuginée et musculeuse. M. *Xavier Roux* rapporte qu'on trouva chez un malade, sur les muqueuses gastrique et œsophagienne ramollies, et principalement à la partie inférieure de l'œsophage, une éruption comparable à la miliaire, et des petites traces ou cicatrices de pareilles éruptions guéries antérieurement. (Thèse coll. de Montpellier.) Enfin M. *Denis* a observé dans un cas les muqueuses œsophagienne et gastrique ramollies, et au-dessous les fibres musculaires resplendissantes et aponévrotiques. Cet état est regardé par M. *Denis* comme l'effet d'une inflammation chronique. Enfin, je ne terminerai pas sans dire que, dans un cas de ramollissement de l'estomac et du diaphragme que j'ai observé cette année à l'hôpital des Enfans malades, l'œsophage parut d'abord sain ; mais avec plus d'attention, il fut aisé de voir que les fibres de ses deux membranes internes étaient comme disséquées et écartées par une espèce de mucus épais et gélatiniforme. Était-ce là un commencement de ramollissement ?

La thérapeutique du ramollissement de l'œsophage n'est pas plus avancée que son diagnostic ; nous dirons seulement que les moyens qui ont le mieux réussi à M. *Cruveilhier*, dans l'épidémie qu'il a décrite, sont la faim et la soif, la diète lactée, les bains, l'opium sagement administré ; les antiphlogistiques lui ont toujours paru inutiles, et même nuisibles.

CHAPITRE VIII.

Œsophagite chronique ; rétrécissement.

L'inflammation chronique de l'œsophage peut succéder à l'inflammation aiguë, et en être comme la terminaison, ou bien être primitive, et c'est ce qui arrive dans la généralité des cas ; alors, due à une cause irritante légère, mais souvent renouvelée ou même permanente, elle s'établit lentement, reste long-temps latente, et n'est reconnue qu'après avoir opéré dans les tissus un changement organique tel que l'art reste impuissant. C'est ainsi que, sous son influence, on voit une ou plusieurs tuniques de l'œsophage s'épaissir d'une manière sensible, s'indurer, devenir cartilagineuses et même osseuses, et subir les transformations squirrheuses ou cancéreuses.

Un des effets les plus constans de l'inflammation chronique est de produire le gonflement et l'hypertrophie de la partie qui en est le siége. Envahit-elle un organe creux, elle en épaissit les parois, et par là diminue sa capacité. C'est ainsi que nous voyons se produire la plupart des rétrécissemens de l'urètre, et c'est encore à la même cause que sont dus ceux de l'œsophage. Ces derniers peuvent dépendre de la simple hypertrophie de la membrane muqueuse ; M. *Louis* en a observé deux cas. (*Op. cit.* vol. 1, p. 169.) Mais bien plus souvent ils sont le résultat, et de cette hypertrophie, et d'un dépôt de lymphe coagulable qui se fait entre les tuniques et même entre les fibres de chacune d'elles ; ainsi se forme cette dégénérescence lardacée, regardée par beaucoup d'auteurs comme le premier degré du tissu squirrheux.

Si les malades viennent à succomber avant que le mal ait fait des progrès très-rapides, on trouve l'œsophage retréci, dur, et entre ses fibres une substance blanche et lardacée. Le plus ordinairement la muqueuse est encore reconnaissable, et on peut distinguer et suivre, jusque dans les parties saines, les fibres musculaires. (Voyez une observation très-intéressante, sous le rapport anatomique, dans le tome troisième du grand Dictionnaire, p. 616.) Mais si la maladie a déjà une longue durée, tout vestige de fibres musculeuses a disparu; elles sont atrophiées, détruites par le tissu nouveau, et on ne trouve plus qu'une masse blanche et indurée sans trace d'organisation.

L'étendue de ces rétrécissemens varie beaucoup. Bornés le plus ordinairement à quelques lignes, ils peuvent avoir jusqu'à un pouce de long; leur siége le plus ordinaire est la partie supérieure de l'œsophage; ils sont moins fréquens à la partie moyenne que près le cardia.

Les causes sont toutes celles de l'œsophagite; on l'a vu aussi succéder à l'œsophagisme. MM. *Bayle* et *Cayol* en ont vu un produit par l'acide nitrique. Un homme avale une certaine quantité de cet acide, il échappe aux accidens les plus redoutables de l'inflammation, et guérit même de plusieurs ulcérations de l'arrière-bouche; mais il lui reste une dysphagie qui fait des progrès rapides et le fait périr. C'est le sujet de l'observation que nous venons d'indiquer. *Everard Home* l'a attribué dans deux cas à des vomissemens prolongés; n'aurait-il point pris l'effet pour la cause? *Darwin* (Zoonomie) pense qu'il est souvent produit par la déglutition de certains corps durs et anguleux, lorsque les mâchoires sont dégarnies de dents; selon lui, ces corps distendent et déchirent la membrane interne, l'enflamment, et causent ainsi la maladie.

Le premier symptôme du rétrécissement de l'œsophage, indépendamment de la douleur que quelques malades éprouvent depuis un temps plus ou moins long, est une difficulté dans la déglutition, d'abord seulement des solides, et bientôt des liquides eux-mêmes. Lorsque la maladie a fait de nouveaux progrès, les alimens sont arrêtés,

et alors, si le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage, ils sont rejetés presque immédiatement avec une grande quantité de salive et de mucosités; si au contraire l'obstacle est situé dans un point voisin du cardia, les alimens s'accumulent, distendent l'œsophage en forme de poche, et ne sont rejetés qu'une ou deux heures, et quelquefois trois heures après, par un mouvement de régurgitation. Bientôt enfin les liquides eux-mêmes ne peuvent plus être transmis dans l'estomac, et les malades succombent torturés par la faim et par la soif; *tandemque, post Tantali pœnas diù toleratas, lento marasmo contabescunt.* (*Boërrhaave*, Aph., vol. 2, p. 589.) Quand les malades n'exécutent point de mouvemens de déglutition, ils éprouvent plutôt de la gêne qu'une véritable douleur; quelquefois cependant celle-ci existe d'une manière continue ou intermittente, s'étendant quelquefois le long de la gorge jusqu'à la base du crâne, et par la trompe d'*Eustache* jusqu'à l'oreille. Enfin, pour porter un diagnostic plus certain, il faut faire usage de la sonde œsophagienne. Celle-ci sera arrêtée là où existe le rétrécissement, dont on pourra même connaître le degré en armant l'extrémité de l'instrument d'une cire molle propre à recevoir des empreintes. Peut-être pourrait-on, dans certains cas, confondre le rétrécissement produit par le spasme avec celui dont nous parlons. Mais il sera toujours facile d'éviter l'erreur; car, en forçant avec la sonde, l'obstacle cède le plus ordinairement s'il reconnaît pour cause un spasme de l'œsophage; et d'ailleurs comme l'œsophagisme offre de nombreuses intermittences, on s'assurera s'il existe un obstacle permanent ou non, en introduisant la sonde à plusieurs reprises, et surtout entre les accès.

Le prognostic est toujours fort grave; et malgré les soins les mieux entendus, les malades périssent presque tous d'une mort épouvantable.

Puisque nous avons reconnu que l'espèce de rétrécissement dont nous parlons est le résultat d'une phlegmasie chronique, il faut s'attacher à empêcher l'œsophagite de revêtir ce type, et l'attaquer par tous les moyens connus lorsqu'elle existe. Mais malheureusement le

médecin n'est souvent appelé que quand la maladie a fait des progrès tels, que le traitement de l'inflammation doit nécessairement échouer. Que faut-il faire en pareil cas? Nous pensons que pour peu qu'il reste un peu de douleur ou un signe quelconque d'inflammation, il ne faut pas hésiter à faire une ou deux applications de sangsues, selon les forces du malade, et à employer les émolliens à l'intérieur et à l'extérieur. Mais que les sangsues aient été jugées nécessaires ou non, il faut soumettre le malade à un régime très-doux, lui recommander de ne vivre que de potages et de mets bien cuits ; employer sur les parties latérales du cou les frictions faites avec le mercure, moyen qui a réussi à *Boërrhaave*, *Ruisch*, *Fréd. Hoffmann*, *Munkley*, non contre des squirrhes de l'œsophage, mais probablement contre de simples indurations de ses parois; ces frictions doivent être poussées jusqu'à produire la salivation. En même temps on purge les malades avec le mercure doux, ou, comme l'a fait avec succès *Haller*, avec des pilules composées de calomel, d'aloès et de camphre.

Mauchart (Ph. Beuttel, *Diss. med. de strumâ œsophagi, etc.*, 1742, *præside* Mauchart, *recus in* Haller *Disp. med. pract.*, v. 2, p. 395) est, je crois, le premier qui ait songé à l'analogie qui peut exister, dans certains cas, entre les rétrécissemens de l'œsophage et ceux de l'urètre; aussi proposa-t-il de les traiter de la même manière, c'est-à-dire avec des bougies et des sondes creuses. Plus tard, *Darwin* et *Everard Home* ayant reconnu, dans beaucoup de cas, l'inefficacité de ces moyens, proposèrent de détruire par le caustique les rétrécissemens de l'œsophage.

Darwin n'a pas mis en pratique la cautérisation, il ne fait que la proposer; il veut qu'on fasse une grosse bougie de toile, enduite d'emplâtre agglutinatif et roulée sur elle-même, qu'on fixe à son extrémité un morceau de pierre infernale, avec lequel on doit toucher l'obstacle de l'œsophage assez souvent pour qu'une bougie non-armée parvienne facilement jusque dans l'estomac. (Zoonomie, vol. 3, p. 217.)

Everard Home, au contraire, avait déjà employé deux fois la cau-

térisation en 1805. Dans le premier cas il réussit à rendre libre la cavité de l'œsophage. Un homme très-nerveux fut pris d'une difficulté d'avaler, avec spasme convulsif de la gorge et évacuation de matières muqueuses; pendant six semaines on employa la bougie, qui ne fit qu'augmenter l'irritation par sa présence : la déglutition resta toujours très-gênée. Alors on se décida à attaquer, par le caustique, le rétrécissement qui était situé à la partie moyenne de la glande thyroïde; cette position du rétrécissement bien connue, la bougie fut convenablement armée, et appliquée au rétrécissement l'espace d'une demi-minute. La douleur fut à peine sensible, et il ne se développa pas d'inflammation locale; l'application fut répétée quatre fois, de deux jours l'un, et produisit toujours un soulagement marqué. Enfin le traitement, qui avait été suspendu pendant trois mois, fut repris, et après trois nouvelles cautérisations l'obstacle fut entièrement détruit, et la déglutition devint parfaitement libre. Dans le second cas, il parvint encore à détruire le rétrécissement par des applications successives du caustique; mais il s'en forma un second près du cardia, qui mit bientôt obstacle à la déglutition, et le malade ne tarda pas à succomber. Il ne fut pas permis de faire l'ouverture du corps, et de constater par là la nature de la maladie. (Bibl. méd., vol. 8.)

Je ne sache pas que depuis *Everard Home* on ait employé de nouveau le caustique ; la plupart des auteurs qui ont écrit depuis les essais du chirurgien anglais ne parlent de son moyen que pour le condamner. (*Boyer*, *Sanson*, *Samuel Cooper.*)

Dans le traitement par dilatation, on introduit dans l'œsophage, et on y laisse séjourner, pendant un temps plus ou moins long, des bougies ou des sondes de gomme élastique, dont la grosseur est graduellement augmentée. Ce traitement repose entièrement sur les mêmes principes que celui des rétrécissemens de l'urètre.

Nous ne connaissons aucun fait bien observé dans lequel ce moyen ait complètement réussi; mais il semble avoir procuré quelquefois du soulagement. On trouve, dans le Recueil périodique de la Société de médecine de Paris, un fait emprunté au journal de Copenhague,

et dans lequel l'emploi des sondes fut suivi de quelques succès; et la malade dont parle M. *Boyer* en retira un avantage marqué, puisque la déglutition redevint possible; et peut-être que si on eût remplacé par une sonde d'un calibre plus gros celle qu'on avait d'abord introduite, et qui devint vacillante au bout de quelques jours, on aurait pu prolonger davantage l'existence de la malade; peut-être encore que si ce moyen thérapeutique n'a pas été plus souvent couronné de succès, cela tient à ce qu'on n'a pas mis assez de persévérance dans son emploi.

Quoi qu'il en soit, on doit toujours introduire dans l'œsophage une sonde de gomme élastique, au moyen de laquelle on pourra pousser dans l'estomac des malades des bouillons gras et des alimens liquides; on a vu des malades être long-temps nourri de cette manière. Mais lorsque l'introduction de la sonde est devenue impossible, on est réduit à employer les bains et les lavemens nutritifs, faible ressource, qui prolonge de quelques jours l'affreuse agonie des malades. Que penser de *Darwin*, qui a proposé de les nourrir au moyen de la transfusion? Il veut qu'on injecte trois à quatre onces de sang par jour.

CHAPITRE IX.

Squirrhe ou cancer de l'œsophage.

Le squirrhe de l'œsophage, que nous distinguons de l'induration de ses parois, n'est point une maladie aussi rare que pourrait le faire croire le silence que gardent à ce sujet la plupart des auteurs; et si l'observation de tous les jours démontre que de toutes les membranes muqueuses celles qui sont le plus souvent en contact avec des corps étrangers sont le plus souvent aussi affectés de squirrhe, certes, sous ce rapport, l'œsophage a une bien triste préférence. Bien plus, les corps étrangers qui le parcourt, et qui, soit par leur forme, soit par leur volume, soit enfin par leur degré de température, sont susceptibles d'altérer ses propriétés vitales et de modifier son organisation,

influent encore d'une manière fâcheuse sur la marche du squirrhe, qui, continuellement irrité, ne tarde pas à dégénérer en carcinome.

Si la lecture attentive des faits consignés dans les annales de la science prouve que le plus souvent il est impossible d'assigner une cause à cette affection, il est des cas, au contraire, où la cause du mal est bien connue. Ainsi *Littre* a vu le squirrhe de l'œsophage produit par une arrête de poisson. (Mém. de l'acad. des sc. en 1716.) M. *Leroux* (Cours de méd. prat.) lui a assigné pour cause, dans un cas, la déglutition d'un liquide très-chaud et d'un porreau brûlant qui s'arrêta dans l'œsophage. *Jos.-Georg. Graef* l'a attribué une fois, chez un grand fumeur, à l'abus des liqueurs fortes, et surtout au suc du tabac que le malade avalait.

Les premiers symptômes sont très-obscurs et n'ont rien de caractéristiques. On observe d'abord, à quelque chose près, ceux de la simple induration des tuniques de l'œsophage, auxquels se joignent un hoquet fréquent, la sensation du fer chaud (pyrosis) dans l'œsophage, une douleur brûlante, lancinante, douleur qui s'étend jusque dans le dos, entre les deux épaules, augmente par la pression, et force presque toujours le malade à se coucher sur le côté. Lorsque le squirrhe est ulcéré, les malades ne peuvent plus avaler, même les liquides les plus doux, sans ressentir une douleur déchirante; ils tombent promptement dans la fièvre hectique. M. *Leroux* a observé dans un cas une toux creuse et suffocante, amenant de temps en temps des petits paquets de pus façonnés en globules.

Le plus souvent les malades meurent d'inanition, et dans le marasme le plus complet; tel est le malade dont parle *Gavard* dans sa Splanchnologie. D'autres fois la mort est hâtée par une hémorrhagie, suite de l'érosion d'un vaisseau (obs. de *Barthez*, consult. méd.); par les crevasses de l'œsophage et le passage des boissons et des alimens dans le médiastin ou dans les plèvres, où ils développent des abcès et des inflammations toujours mortels; par la communication qui s'établit entre l'œsophage et la trachée-artère (*Richard de Haute-*

sierck, obs. de méd.) ; par la destruction des poumons ; voyez à ce sujet l'observation curieuse publiée par M. *Moutard-Martin* (Bibl. de méd., vol. 34), d'un homme dont le poumon droit avait été si profondément corrodé par un cancer de l'œsophage, que les alimens, au lieu de descendre dans l'estomac, s'accumulaient dans une cavité formée en grande partie aux dépens du tissu pulmonaire. *Everard Home* cite un cas à peu près semblable. (*Loco cit.*) Enfin une observation de M. *Leroux* démontre que la mort pourrait arriver par la lésion de la moelle épinière. A l'autopsie d'un individu mort d'un squirrhe de l'extrémité inférieure de l'œsophage, ce médecin trouva les vertèbres dorsales placées derrière la partie squirrheuse ramollies et dans un état de carie commençante, le scalpel les pénétrait avec facilité, et les cartilages intervertébraux correspondans étaient convertis en une espèce de bouillie.

Le cancer de l'œsophage offre les mêmes élémens anatomiques que celui des autres organes. Là on retrouve, en effet, ces masses de tissu lardacé, ces tumeurs bosselées de couleur et de consistance variables ; au milieu de ces masses squirrheuses, des cavités pleines, tantôt de substance cérébriforme, tantôt d'une matière molle, pultacée, sorte de détritus sans analogue dans l'économie. Presque toujours ces masses sont ulcérées, tantôt vers la face interne de l'œsophage seulement, quelquefois sur les deux faces, comme dans l'observation de *Barthez*. Ces ulcérations, plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, laissent écouler un ichor fétide, comme gangréneux, et présentent à leur surface des végétations molles et saignantes, et à leur circonférence des tumeurs dures et lardacées.

Nous n'essaierons point de tracer des règles thérapeutiques contre cette fâcheuse maladie. Le plus souvent on est réduit à prescrire, suivant les indications, quelques remèdes palliatifs, et à soutenir le malade par les moyens que nous avons indiqués plus haut, quand la déglutition est tout à fait impossible.

Ce que nous venons de dire est plus que suffisant pour démontrer que l'œsaphage est exposé aux mêmes maladies que la plupart des autres organes; mais nous sommes bien loin d'avoir approfondi le sujet et d'en avoir embrassé l'ensemble. Il est encore un grand nombre d'affections de l'œsophage dont nous n'avons pas parlé, et parmi lesquelles il en est plusieurs qu'il serait aussi important d'étudier sous le rapport physiologique que sous le point de vue anatomico-pathologique. Mais ce vaste tableau n'était pas susceptible d'être présenté dans une simple dissertation inaugurale, et nous avons dû nous borner à une faible esquisse des maladies principales et sur lesquelles nous possédons le plus de matériaux.

Cependant, je l'avouerai, avant que mes recherches m'eussent fait découvrir dans les écrits de nos prédécesseurs une mine de faits et d'observations aussi riche que celle que nous possédons, j'osai concevoir l'idée de traiter mon sujet dans tout son ensemble, et indépendamment des maladies dont j'ai esquissé l'histoire; j'aurais successivement examiné les vices de conformation de l'œsophage, recherché quelle est sa position quand la plupart des autres organes se trouvent transposés, ce qui peut être de la plus haute importance pour l'opération de l'œsophagotomie; j'aurais parlé des plaies, des corps étrangers, des différentes espèces de dysphagie, de ses dilatations partielles et générales, de ses diverses fistules, de l'affection de ses nerfs, de sa paralysie, de ses spasmes, des tumeurs qui peuvent naître de sa surface interne; enfin j'aurais dit quelque chose de sa dégénération cartilagineuse et de ses ossifications partielles et générales.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Acutorum morborum non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

II.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

III.

In febribus acutis convulsiones, et circa viscera dolores vehementes, malum. *Sect.* 4, *aph.* 66.

IV.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

V.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Ibid.*, *aph.* 13.

VI.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 71.